نشریه علمی پژوهشی دانشگاه علوم پزشکی البرز، دوره ۴، شماره ۴، پاییز ۱۳۹۴- صفحات ۲۳۰-۲۲۳

شناسایی برخی عوامل مؤثر بر پیش بینی انجام رفتار خود مراقبتی پاپ اسمیر بر اساس باور بهداشتی زنان شهر کرج

عفت هاتف نیا*[1] و زهره قاضی وکیلی[2]

[1] استادیار، دانشکده بهداشت دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی البرز، کرج، ایران
[2] کارشناس ارشد مامایی، دانشگاه علوم پزشکی البرز،معاونت درمان، کرج، ایران

تاریخ دریافت مقاله: ۹۴/۲/۱۵ ؛ تاریخ پذیرش:۹۴/۵/۱۴

چکیده

زمینه و هدف: سرطان دهانه رحم شایع‌ترین سرطان دستگاه تناسلی زنان و دومین سرطان شایع زنان در دنیا است. پاپ اسمیر مؤثرترین و با صرفه ترین روش جهت غربالگری و کاهش مرگ ناشی از سرطان دهانه رحم می‌باشد. هدف از این مطالعه شناسایی برخی عوامل مؤثر بر پیش بینی انجام رفتار خود مراقبتی پاپ اسمیر براساس باور بهداشتی زنان تحت پوشش مراکز بهداشتی شهر کرج بود.

مواد و روش‌ها: پژوهش حاضر از نوع مطالعات توصیفی تحلیلی بود که جامعه پژوهش آن را۳۰۰ زن از ۳۵ سال به بالا مراجعه کننده به مراکز بهداشتی شهر کرج تشکیل می‌دادند. ابزار جمع آوری اطلاعات، پرسشنامه طراحی شده مبنی برمقیاس الگوی اعتقاد بهداشتی چمپیون بود که روایی محتوا با نظر خواهی از ۱۰ متخصص رشته‌های مربوطه و پایایی به روش‌های آلفای کرونباخ و آزمون مجدد صورت گرفت. داده‌ها با استفاده از نرم افزار spss ویرایش ۱۶ وآزمون های آماری مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت.

یافته‌ها: نتایج نشان داد که بین زنانی که پاپ اسمیر را انجام دادند (۶۷٪/۳از کل زنان مورد بررسی)و گروهی که انجام ندادند در میانگین منافع($P<۰/۰۰۱$)موانع($P<۰/۰۰۱$)و خودکارآمدی ($P<۰/۰۰۱$)اختلاف معناداری وجود داشت. همچنین آنالیز رگرسیون لجستیک نشان داد که منافع درک شده، موانع درک شده و خودکارآمدی پیش بینی کننده‌های انجام رفتار خود مراقبتی پاپ اسمیر می‌باشند.

نتیجه‌گیری: با توجه به نتایج بدست آمده از این مطالعه عوامل پیش بینی کننده انجام پاپ اسمیر بر مبنای الگوی باور بهداشتی منافع، موانع و خودکارآمدی درک شده فردی زنان می‌باشد و هر زمان که زنان از ادراک بالاتری نسبت به منافع پاپ اسمیر و به موازات آن از موانع درک شده کمتر و خودکارآمدی بالاتری برخوردار باشند برای انجام پاپ اسمیر اقدام خواهند کرد.

کلمات کلیدی: سرطان دهانه رحم، رفتار خود مراقبتی پاپ اسمیر،الگوی باور بهداشتی

***نویسنده مسئول:**
استادیار، دانشکده بهداشت دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی البرز، کرج، ایران

۰۹۱۲-۵۲۶۹۷۸۱
E-mail: e_hatefnia@yahoo.com

[Downloaded from aums.abzums.ac.ir on 2026-11-25]

[DOI: 10.18869/acadpub.aums.4.4.223]

مقدمه

سرطان دهانه رحم شایع‌ترین سرطان دستگاه تناسلی زنان و دومین سرطان شایع زنان در دنیا است.سرطان دهانه رحم یکی از سرطانهای شایع دستگاه ژنیتال در کشورهای در حال توسعه می‌باشد. با وجود کاهش میزان مرگ و میر ناشی از این بیماری، اما همچنان علت مرگ حدود ۲۰۰۰۰۰ زن در کشورهای در حال توسعه محسوب می‌شود.کشورهای درحال توسعه۸۰٪ موارد ابتلای به سرطان دهانه رحم را بخود اختصاص داده اند[۱-۴] .براساس گزارش مرکز ملی ثبت سرطان وزارت بهداشت، در سال۲۰۱۳ میزان شیوع سرطان دهانه رحم۲/۱۷ در هر صد هزار نفر بوده و رتبه ۱۱ در بین کل سرطانهای زنان ایرانی را تشکیل می‌دهد که نسبت به گزارش سال۲۰۰۸ که این سرطان رتبه ۱۳ را داشت، افزایش کمی را نشان می‌دهد .همچنین گزارش ۲۰۱۲ وزارت بهداشت حدود۵۵۸ مورد جدید سرطان دهانه رحم را اعلام می‌نماید [۵-۶] .سرطان دهانه رحم علاوه بر میزان مرگ و میر بالایی که دارد از بعد اقتصادی نیز هزینه های بسیاری را بر خانواده و جامعه تحمیل می کند. این هزینه‌ها شامل مخارج رادیولوژی تشخیصی، آزمایشهای خون، جراحی واطاق عمل، رادیوتراپی و سایر مراقبت های پزشکی و بهداشتی می باشد[۷].

با توجه به اینکه سرطان گردن رحم معمولاً به کندی و به مرور زمان ایجاد می‌شود و همچنین با توجه به اینکه فرآیند تبدیل یک سلول سالم دهانه رحم به یک سلول سرطانی طولانی مدت است در صورتی که این بیماری بتواند با انجام پاپ اسمیر در مراحل اولیه تشخیص داده شود و درمان مناسب صورت گیرد میزان مرگ ومیر ناشی از این بیماری کاهش پیدا خواهد کرد[۸]. مؤثر ترین و در عین حال با صرفه ترین روش تشخیص سرطان دهانه رحم تست پاپ اسمیر است که دارای حساسیت و ویژگی بالایی می‌باشد. این تست قادر است که با برداشتن نمونه سلولی از دهانه رحم ضایعات و تغییرات سلولی در جهت سرطانی شدن را تشخیص دهد [۸].

مطالعات نشان می‌دهد میزان مرگ و میر ناشی از این بیماری در کشورهای پیشرفته از پنجاه سال پیش تا کنون بواسطه انجام غربالگری روتین آزمایش پاپ اسمیر کاهش قابل ملاحظه ای داشته است[۸]. از سال ۱۹۵۰تست سرطان در کاهش شیوع سرطان دهانه رحم به میزان ۷۹٪و مرگ ناشی از آن به میزان۷۰٪موفق بوده است [۹]. مطالعات انجام گرفته در ایران نشان می‌دهدکه میزان انجام پاپ اسمیر توسط زنان در حد پایینی می‌باشد[۸].

آموزش زنان در جهت انجام پاپ اسمیر موجب تشخیص زودرس، درمان به موقع و کاهش مرگ ومیر ناشی از این بیماری می‌گردد[۸].در این راستا شناخت فاکتورهای تعیین کننده برای انجام پاپ اسمیر از جایگاه مهمی برخوردار است.

مدل اعتقاد بهداشتی یک مدل تئوریکی شناختی است که به صورت گسترده به عنوان ابزار برنامه ریزی برنامه‌های آموزش بهداشت در جهت ارتقای تبعیت ازرفتارهای پیشگیری ازجمله غربالگری سرطان دهانه رحم و مراقبت‌های توصیه شده، استفاده شده است. این مدل اهمیت عقاید اشخاص نسبت به بهداشت و منافع و موانع درک شده را نسبت به یک رفتار پیشگیری و محافظتی نشان می دهد[۹]. این مدل بر روی دو دیدگاه از رفتار بهداشتی متمرکز شده است: ادراک تهدید و ارزیابی رفتار. ادراک تهدید شامل دو جزء ادراک در معرض خطر بودن و ادراک شدت و حدت این خطر است و ارزیابی تهدید شامل دو جزء ادراک منافع و ادراک موانع می‌باشد. علاوه بر این دو جزء ، خودکارآمدی نیز مورد نظر است که به اطمینان فرد در مورد توانائی اش برای انجام موفقیت آمیز رفتارمورد نظر اشاره دارد. خودکارآمدی مهمترین عامل فردی در تغییر رفتار است و در تئوری های تغییر رفتار جزء ساختارهای همیشگی می‌باشد[۹].

در مدل اعتقاد بهداشتی، اعتقادات بهداشتی نقش مهمی در تمایل افراد برای اتخاذ رفتارهای مرتبط با سلامت دارند. طبق الگوی اعتقاد بهداشتی، زنانی که باور داشته باشند که مستعد ابتلا به سرطان دهانه رحم هستند و همچنین باور داشته باشند که سرطان دهانه رحم یک بیماری جدی و تؤام با مشکلات زیادی است احتمالاً رفتار خود مراقبتی پاپ اسمیر را انجام خواهند داد. [۹] باورهای بهداشتی قوی احتمال شرکت در برنامه‌های غربالگری و انجام رفتارهای تشخیص زودرس سرطان دهانه رحم را افزایش می‌دهد. دراین زمینه مطالعات مختلفی در ایران و جهان صورت گرفته است.

در مطالعه نامدار و همکاران مشخص شد که باورهای بهداشتی موانع درک شده و تهدید درک شده تعیین کننده انجام رفتار پاپ اسمیر بودند.[۱۰]

[Downloaded from aums.abzums.ac.ir on 2026-11-25]

[DOI: 10.18869/acadpub.aums.4.4.223]

نامدار در مطالعه خود نشان داد که موانع درک شده تعیین کننده انجام رفتار پاپ اسمیر می‌باشند به طوری کـه نمـرات موانـع درک شده افرادی که مبادرت به انجام پاپ اسمیر کرده بودند به صـورت معنی داری نسبت به افرادی که پاپ اسـمیر را انجـام نـداده بودنـد پایین‌تر بود. [۱۰]

بسـلر (Bessler) و همکـاران در مطالعـه خـود تحـت عنـوان فاکتورهای اثرگذار بر انجام پاپ اسمیر در جامائیکا گزارش کردنـد که موانع درک شده فاکتور اثرگذار برای انجام پاپ اسمیر مـی‌باشـد به طوری که ۴۲٪ از زنان مشارکت کننده در مطالعه ترس و ۴۶٪ از آنان درد را مانع خود در انجام پاپ اسمیر بیان کردند [۱۱].

با توجه به اهمیت تعیین عوامل مـؤثر در انجـام پـاپ اسـمیر و تشخیص زودرس سرطان دهانه رحم، هدف این مطالعـه شناسـایی برخی عوامل مؤثر بر پیش بینی انجام رفتار خود مراقبتی پاپ اسمیر مبتنی بر باور بهداشتی زنان تحت پوشش مراکز بهداشتی شهر کـرج بود.

مواد و روش‌ها

این مطالعه از نوع مطالعه توصیفی تحلیلی می‌باشدکه جامعه آن را زنان ۳۵ سال به بالا تحت پوشش مراکز بهداشتی جهت مراقبـت های دوران بارداری، تنظیم خانواده و پایش رشـد کودکـان تشـکیل می دادند. حجم نمونه ۳۰۰ نفر با اطمینان ۹۵٪و توان آزمون ۹۰٪بـا استفاده از مطالعات گذشته تعیین گردید[۱۲].روش نمونه گیری در این مطالعه دو مرحله ای بود. بدین صورت کـه ابتـدا لیسـتی از مراکـز بهداشتی کرج تهیه و از بین آنها به صورت تصادفی سـاده ۴ مرکـز انتخاب شد و سپس در مرحله دوم از این ۴ مرکز بـه روش نمونـه گیری منظم واز پرونده‌های خانوارهای تحـت پوشـش ۳۰۰ نمونـه متناسب با پوشش جمعیتی تعیین گردید. معیارهای ورود به مطالعـه شامل: زنان مراجعه کننده به مراکز بهداشتی و درمانی، عدم ابـتلا بـه سرطان دهانه رحم، سن ۳۵ سال به بالا، سواد خواندن و نوشـتن و تمایل به شرکت در مطالعه بود.

جهت جمع‌آوری داده‌ها از" مقیاس الگوی باورهـای بهداشـتی چمپیون" که شامل سه بخش بود، استفاده گردیـد.بخش اول شـامل ۱۵سوال در مورد مشخصات فـردی اجتمـاعی زنـان، انجـام معاینـه کلینیکی دهانه رحم و پاپ اسمیر، بخـش دوم سـؤالات مربـوط بـه سنجش دانش و آگاهی در خصوص سرطان دهانه رحم (۹سـؤال)و یک سؤال مربوط به زمان انجام پـاپ اسـمیر و تنـاوب انجـام آن و بخش سوم آن بر اساس سازه‌های الگوی بـاور بهداشـتی شـامل ۲۳ سؤال در جهت بررسی باورهای زنان در زمینه منافع و فوایـد پـاپ اسمیر، موانـع و مشـکلات درک شـده بـرای انجـام پـاپ اسـمیر، حساسیت درک شده، شدت درک شده و خودکارآمدی بود. بخش سؤالات مربوط به دانش و آگاهی به صورت مقیـاس دو گزینـه ای (امتیاز صفر برای پاسخ نمی دانم و غلط و امتیاز یـک بـرای پاسـخ درست)در نظـر گرفتـه شـد و در خصـوص سـؤالات مربـوط بـه سازه‌های الگوی باور بهداشتی از مقیاس پنج گزینـه ای لیکـرت (از یک برای پاسخ کاملا مخالفم تا ۵ که کاملا موافقم) استفاده شد.

برای بدست آمدن روایی ابزار از روش روایی محتـوی اسـتفاده شد. برای این منظور در ابتدا پرسشنامه ای محقق ساخته بـر اسـاس مقیاس الگوی اعتقاد بهداشتی چمپیون طراحی و در اختیار ۱۰ نفر از اعضای هیات علمی صاحب نظر (در رشته‌های آمـوزش بهداشـت، آموزش پرستاری، روانشناسی، جامعـه شناسـی و بیماریهـای زنـان) قرار گرفت و از آنـان درخواسـت شـد تـا درخصـوص ضـرورت، اهمیت،سادگی و وضوح سؤالات پرسشنامه نظر خود را اعلام کنند. به دنبال آن نظرات اصلاحی آن‌ها اعمال گردید.

جهت بررسی پایایی از روش پایـایی همسـانی درونـی (آلفـای کرونباخ) و روش پایایی ثبات (بازآزمایی) استفاده شد. در طی یـک مطالعه مقدماتی، پرسشـنامه بـه ۳۰ نفـر از مـراجعین زن در مراکـز بهداشتی درمانی که جزء واحدهای مورد پژوهش نبودند، ارائه شد و بعد از۲ هفته مجدداً پرسشنامه به همان افراد داده شد .آلفای کرونباخ ۷۵٪ و ضریب همبسـتگی بـین پاسـخ سـؤالات، بـار اول و دوم۹۰٪ محاسبه شد.

آزمون‌هـای مـورد اسـتفاده در ایـن مطالعـه تـی مسـتقل بـرای متغیرهـای مـدل کـه از توزیـع نرمـالی برخـوردار بودنـد (آزمـون کولموگروف اسمیرنف)، کای دو برای متغیرهـای اسـمی و آزمـون رگرسیون (به لحاظ دو حالته بودن رفتار انجام پاپ اسمیر ۱ و عدم انجام پاپ اسمیر ۲)برای پیش‌بینی کنندگی رفتار پاپ اسمیر بودند.

برای انجام پژوهش از کمیته اخلاق دانشگاه علـوم‌پزشـکی‌البـرز مجـوز اخـذ شـده و مفـاد کمیتـه مـذکور مبنـی بررعایـت حقـوق مشـارکت‌کننـدگان و بدسـت آوردن رضـایت آنـان توسـط محقـق

[Downloaded from aums.abzums.ac.ir on 2026-11-25]

[DOI: 10.18869/acadpub.aums.4.4.223]

موردتوجه‌قرارگرفت.

یافته‌ها

همانطور که نتایج جدول شماره یک نشان می‌دهد بیشترین نسبت سنی با ۸۰/۷٪ در گروه سنی ۳۵-۳۹ سال و کمترین نسبت سنی با ۳٪ در گروه سنی ۵۰≤ سال قرار دارد.

همین نتایج نشان می‌دهدکه از نظر میزان تحصیلات مقطع تحصیلی دیپلم با ۴۹/۷٪ بیشترین رتبه تحصیلی زنان مشارکت کننده را به خود اختصاص داده، همچنین ۸۹٪از مشارکت کنندگان سابقه زایمان را ذکر کردند که ۲۱/۳٪از آنان سن اولین زایمانشان زیر بیست سال و ۶۹٪ از آنان زایمان بین ۲۹-۲۰ سال و ۹/۷٪از آنان سن اولین زایمانشان بالای ۳۰سال بود.

جدول۱: توزیع فراوانی زنان مورد بررسی بر حسب مشخصات دموگرافیک متغیر

	تعداد	درصد
سن		
۳۹-۳۵	۲۴۲	۸۰/۷
۴۴-۴۰	۳۴	۱۱/۳
۴۹-۴۵	۱۵	۵
>۵۰	۹	۳
سطح تحصیلات		
بی سواد	۲۱	۷
زیر دیپلم	۳۷	۱۲/۳
دیپلم	۱۴۹	۴۹/۷
دانشگاهی	۹۳	۳۱
وضعیت تأهل		
متأهل	۲۹۷	۹۹/۷
فوت همسر	۳	۳
	۲۶۷	۸۹
	۳۳	۱۱
تعداد فرزندان		
۰	۳۳	۱۱
۳-۱	۲۳۹	۷۹/۶
≥۳	۲۸	۹/۴
انجام معاینه دهانه رحم		
بلی	۲۲۶	۷۵/۳
خیر	۷۴	۲۴/۷
انجام پاپ اسمیر		
بلی	۲۰۲	۶۷/۳
خیر	۹۸	۳۲/۷

[Downloaded from aums.abzums.ac.ir on 2026-11-25]

[DOI: 10.18869/acadpub.aums.4.4.223]

نتایج بدست آمده در خصوص متغیر تعداد اولاد نشان داد که ۱۱٪ از مشارکت کنندگان دارای فرزند نبودند. ۷۹/۶٪ از آنان دارای یک تا ۳فرزند و ۹/۴٪ بالای ۳ فرزند داشتند. همچنین نتایج مطالعه نشان داد که ۲۹۳نفر(۹۷٪/۷)از زنان مورد مطالعه متأهل بودند و ۳ نفر (۱٪) از زنان از همسرانشان جدا شده بودند.

در خصوص انجام معاینه دهانه رحم نتایج جدول شماره یک نشان داد که ۲۲۶(۷۵٪/۳) نفر اززنان مشارکت کننده سابقه معاینه دهانه رحم را ذکر کردند و ۷۴ نفر (۲۴٪/۷) اززنان مشارکت کننده سابقه معاینه دهانه رحم را نداشتند. همچنین در خصوص انجام تست پاپ اسمیر نتایج جدول شماره یک نشان داد که ۲۰۲ نفر (۶۷٪/ ۳) ازمشارکت کنندگان در مطالعه آزمایش پاپ اسمیر را انجام دادند و ۹۸ نفر (۳۲٪/۷) از زنان مشارکت کننده سابقه ای از انجام تست مذکور را بیان نکردند.

نتایج حاصل از مقایسه میانگین متغیرهای الگوی اعتقاد بهداشتی در دو گروه زنان با استفاده از آزمون تی مستقل در جدول شماره دو نشان می‌دهد اختلاف معناداری در میانگین منافع درک شده (P<۰/۰۰۱))موانع درک شده (P<۰/۰۰۱)) و خودکار آمدی (P<۰/۰۰۱)وجود دارد. همچنین بین میانگین دانش دو گروه زنان اختلاف معنی داری وجود دارد(P<۰/۰۰۱).

جدول ۲: میانگین و انحراف معیار و سطوح معناداری حاصل از آزمون تی مستقل متغیرهای الگوی باوربهداشتی در گروه ۱ وگروه ۲

متغیر	گروه ها		Pvalue
	انجام پاپ اسمیر	عدم انجام پاپ اسمیر	
حساسیت درک شده	۹/ ۲±۳۱/۲۶	۸/۲±۹۸/۱۵	۰/۲۳
شدت درک شده	۷/۱±۶۷/۷۹	۷/۱±۶۷/۷۹	۰/۲۸
منافع درک شده	۱۷/۲±۹۵/۱۴	۱۶/۳±۱۳/۱۵	٭ ۰/۰۰۱
موانع درک شده	۲۳/۷±۸۱/۱۴	۲۸/۶±۲۵/۳۰	٭ ۰/۰۰۱
خودکارآمدی	۸/۱±۵۱/۵۱	۷/۱±۳۹/۷۵	٭ ۰/۰۰۱
آگاهی	۶/۲±۵۹/۲۳)	۵/۲±۲۰/۹۷)	٭۰/۰۰۱

جدول ۳: پیش‌بینی‌کننده‌های انجام پاپ اسمیر بر اساس الگوی باور بهداشتی

شاخص / متغیر	ضریب B	آزمون Wald	P-Value	Odd ratio
حساسیت				
درک شده	۰/۰۷	۱/۱۳۹	۰/۲۸	۱/۰۷۳
شدت درک شده	-۰/۱۳۳	۲/۲۸۶	۰/۱۳	۰/۸۷۶
منافع	۰/۱۲۶	۳/۷۰۹	٭	۱/۱۳۴
درک شده			۰/۰۵	
موانع	-۰/۰۵۲	۵/۱۳۹	٭	۰/۹۴۹
درک شده			۰/۰۲	
خودکارآمدی	۰/۲۲۳	۵/۸۰۸	٭۰/۰۱	۱/۲۵۰

[Downloaded from aums.abzums.ac.ir on 2026-11-25]

[DOI: 10.18869/acadpub.aums.4.4.223]

سطح معناداری

همانگونه که اطلاعات جدول شماره ۳ نشـان مـی‌دهـد از بـین سازه‌های الگوی اعتقاد بهداشتی، سازه‌های موانع درک شـده، منـافع درک شده همچنـین خودکارآمـدی بـا اسـتفاده از آنـالیز رگرسـیون لجستیک پیش‌بینی‌کننده معنـاداری انجـام رفتـار خـودمراقبتی پـاپ اسمیر می‌باشند.

بحث

این مطالعه با هدف شناسایی برخی عوامل مؤثر بـر پـیش بینـی انجام رفتار خود مراقبتی پاپ اسمیر مبتنی بـر بـاور بهداشـتی زنـان تحت پوشش مراکز بهداشتی شهر کرج انجـام شـد.نتایج حاصـل از مطالعه حاضر نشان داد ۶۷/۳ درصدزنان سابقه انجام پاپ اسـمیر را دارندکه با میزان درصد انجـام پـاپ اسـمیر در مطالعـه کسـمایی و همکاران (۶۶/۸۸ ٪)مطابقت دارد [۱۳] اما با میزان انجام پـاپ اسـمیر مطالعه چی (Chee) و همکاران با ۱۸/۴درصدتطابق ندارد[۱۴].

نتایج بدست آمده از مقایسه دانـش زنـان دو گروه(انجـام پـاپ اسمیر و عدم انجام) اختلافی معنا دار بین میانگین دانش نسـبت بـه سرطان دهانه رحم و پاپ اسمیر را نشان داد بطوری کـه زنـانی کـه پاپ اسمیر را انجام داده بودند از دانش بالاتری برخوردار بودند کـه این نتیجه در راستای نتایج بدست آمده از مطالعـه برتـو (Brotto) و همکاران است که یکی از عوامل عدم انجام پاپ اسـمیر را نداشـتن آگاهی بیان کرده است. [۱۵] نتیجه فوق می تواند بیـان کننـده اهمیـت دانش پیرامون سرطان دهانه رحم و پاپ اسمیر به عنوان یک عامـل ترغیب کننده برای زنان در انجام پاپ اسمیر باشد.

نتایج بدست آمـده ازآنـالیز رگرسـیون لجسـتیک نشـان دادکـه سازه‌های موانع درک شده از مدل اعتقاد بهداشتی پیش بینـی کننـده معنی دار رفتار پاپ اسمیر است که این یافته، با نتیجه بدست آمـده از مطالعه نامدار و همکاران که موانع درک شده را به عنوان قویترین سازه پیش بینی کننده انجام پاپ اسمیر بیان می‌کند، همخـوانی دارد [۱۰]. همچنین این نتیجه در تطابق با یافته مطالعه جلیلیان و همکاران[۱۶] می باشد که موانع درک شده را به عنوان پیش بینی کننده انجام پاپ اسمیربیان می‌کند.

از جمله مطالعات دیگر که نتیجه مشابه با نتیجـه فـوق بدسـت آورده می‌توان به مطالعه هایسینت (Hyacinth) و همکـاران [۱۷]اشـاره کرد. او نیز در مطالعه خود گزارش کرد که که سازه موانع درک شده قوی ترین سازه پیش بینی کننده انجام پاپ اسمیر می‌باشد.

نتیجه بدست آمده در خصوص پیش بینی کنندگی سـازه موانـع می‌تواند بیان کننده این نکته اساسی باشد کـه کـاهش موانـع انجـام پاپ اسمیر به افزایش انجام پاپ اسمیر منجر خواهد شد.

از دیگر نتایج این مطالعه در خصـوص سـازه‌هـای پـیش بینـی کننده الگوی اعتقاد بهداشتی برای انجام پاپ اسمیر سازه منافع درک شده است که می‌تواند بیان کننده رابطه مستقیم بین درک منافع پـاپ اسمیر و انجام پاپ اسمیر باشـد کـه ایـن نتیجـه در راسـتای یافتـه مطالعه بلک (Black) می باشد[۱۸].

نتیجه فوق با نتایج مطالعه نامدار که فقط موانع و آگاهی را بـه عنوان عناصر پیش بینی کننده برای انجام پاپ اسمیر معرفی می‌کند، مطابقت ندارد[۱۰].

از دیگر مطالعاتی که با نتیجه فوق همخوانی دارند می‌تـوان بـه مطالعه حاجی علیزاده و همکاران اشاره کرد که در مطالعه خـود بـه بررسی فاکتورهای تعیین کننده انجام پاپ اسـمیر در میـان ۷۲۷ زن ازدواج کرده پرداخته است. نتایج حاصل از مطالعه مذکور نشان داد که سـازه منـافع درک شـده پـیش بینـی کننـده انجـام پـاپ اسـمیر می‌باشد[۱۹].

از دیگر یافته‌های ایـن مطالعـه پـیش بینـی کننـده بـودن سـازه خودکارآمدی است که این نتیجه در راستای مطالعه جیروجونـــگ (Jirojwong) [۲۰] می‌باشد. یافته فوق می‌تواند مؤید انجام پاپ اسـمیر از ناحیه زنانی باشد که از خودکارآمدی بالا برخوردار هستند.

نتایج مطالعه درخصوص مقایسه میـانگین نمـرات بـاور موانـع درک شده در دو گروه زنان نشان دادکه بین باور موانـع درک شـده زنانی که رفتار پاپ اسمیر را انجام داده و آنهـایی کـه انجـام نـداده بودند،اختلاف معناداری وجـود دارد کـه ایـن نتیجـه در تطـابق بـا یافته‌های مطالعه حاجی علیزاده می‌باشد[۱۹].

این نتیجه نشان دهنده باور و ادراک کمتـر موانـع بـرای انجـام رفتار پاپ اسمیر توسط زنانی است که مبادرت به انجام رفتار پـاپ اسمیر کردند در مقایسه با زنانی کـه ادراک بیشـتر موانـع داشـتند و رفتار پاپ اسمیر را انجام ندادند.

[Downloaded from aums.abzums.ac.ir on 2026-11-25]

[DOI: 10.18869/acadpub.aums.4.4.223]

همچنین یافته بدست آمده در خصوص معنادار بودن اختلاف بین میانگین منافع درک شده در دو گروه زنان که در راستای مطالعه دمیرتاس (Demirtas) و همکاران[۱] می‌باشد نشان دهنده بالاتر بودن باور و ادراک منافع انجام رفتار پاپ اسمیر در زنان انجام دهنده پاپ اسمیر نسبت به زنانی است که پاپ اسمیر را انجام نداده بودند.

از دیدگاه تئوری عمل منطقی که الگوی باور بهداشتی براساس آن پایه گذاری شده ، انسان به واسطه منطقی بودن، زمانی رفتار را انجام می‌دهد که آن رفتار در بردارنده منافع بیشتر و موانع کمتری باشد[۱].

نتایج بدست آمده از مطالعه حاضر نشان داد که اختلاف معناداری بین میانگین خودکارآمدی زنانی که پاپ اسمیر را انجام داده و آنهایی که انجام نداده بودند وجود دارد به طوری که باور به توانایی خود در زمینه انجام پاپ اسمیر در زنانی که اقدام کرده بودند به مراتب بیشتر از زنانی بود که به انجام پاپ اسمیر اقدام نکرده بودند که این یافته در راستای نتایج جیروجونگ و همکاران[۲۰] می‌باشد و این نتیجه بیانگر قدرت و قوت باور خودکارآمدی برای انجام پاپ اسمیر می‌باشد و اینکه هر زمان زنان به توانایی خود مبنی بر اقدام جهت انجام پاپ اسمیر اطمینان داشته باشند علی رغم مشکلات به انجام آن خواهند پرداخت.

از محدودیت‌های این مطالعه خود گزارش دهی مشارکت کنندگان وعدم شرکت زنان بیسواد بود.از دیگر محدودیت‌های این مطالعه این بود که جامعه آماری آن را فقط زنان کرج تشکیل می‌دادند که تعمیم پذیری نتایج را محدود می‌کند لذا پیشنهاد می‌گردد که تا مطالعات بعدی با حجم نمونه بیشتری انجام شود و در مناطق دیگر این مطالعه تکرار شود.

نتیجه‌گیری

نتایج این مطالعه میزان انجام پاپ اسمیر ر ۶۷۱٪ نشان داد که با میزان اهداف جهانی سلامت زنان که این میزان را برای زنان از ۱۸ سال به بالا ۹۰٪ بیان می‌کند، فاصله دارد[۲۱]. برای دست یابی به ارتقای سطح سلامت زنان در زمینه تشخیص زودرس سرطان دهانه رحم، شناختن و پرداختن به عوامل تعیین کننده رفتار مورد نظر از درجات بسیار بالایی برخوردار می‌باشد. مطالعه حاضر عوامل تعیین کننده برای رفتار پاپ اسمیر را منافع درک شده، موانع درک شده و خودکار آمدی می‌داند به طوری که بر اساس نتایج بدست آمده زمانی که زنان از ادراک بالایی نسبت به منافع پاپ اسمیر برخوردار باشند و همچنین موانع زیادی را برای انجام رفتار پیش روی خود احساس نکنند و در عین حال توانایی خود را برای انجام رفتار باور داشته باشند دست به انجام پاپ اسمیر خواهند زد. پیشنهاد می‌شود که در مطالعات آینده پیش بینی کننده‌های انجام پاپ اسمیر بر اساس تئوری رفتار برنامه ریزی شده انجام شود و نتایج آن با مطالعه حاضر مقایسه گردد.

تقدیر و تشکر

این مقاله بخشی از یافته های طرح تحقیقاتی مصوب دانشگاه علوم پزشکی البرز می باشد که بدین وسیله نویسندگان مراتب سپاس و قدردانی خود را به واسطه مساعدت حوزه معاونت و مدیریت محترم پژوهشی دانشگاه، افرادی که ما را درجمع آوری اطلاعات یاری نمودند و همچنین کلیه خانم‌های شرکت کننده ابراز می‌دارند.

منابع

1. Demirtas B , Acikgoz I. Promoting Attendance at Cervical Cancer Screening: Understanding the Relationship with Turkish Women's Health Beliefs. Asian Pacific J Cancer Prev.2013; 14 (1): 333-340.
2. Reis N, Bebis H, Kose S, Sis A, Engin R, Yavan T. Knowledge, Behavior and Beliefs Related to Cervical Cancer and Screening among Turkish Women. Asian Pacific J Cancer Prev, 2012; 13, 1463-1470.
3. Spensley S, Hunter R, Livsey J, et al. clinical outcome for chemoradiotherapy in carcinoma of the cervix. Clin Oncol 2009; 21:49-55.
4. Organization. Cervical cancer screening in developing countries: Report of a WHO Consultation. Geneva: WHO; 2002.
5. WHO. Globocan 2012: estimated cancer incidence and mortality and prevalence worldwide in 2012. Available from:http://globocan.iarc.fr/Pages/fact_sheets_population.aspx.

[Downloaded from aums.abzums.ac.ir on 2026-11-25]

[DOI: 10.18869/acadpub.aums.4.4.223]

6. Health IMo. Iran Cancer Report 2009. Tehran: Cancer Registration Office;2012.

7. Jalalvandi M, Khodadostan M. Knowledge and practice of married women about Pap smear. Iran Journal of Nursing 2005; 18(41): 139-144. [In Persian]

8. Asieh Pirzadeh. The Effect of Health Education based on Health Belief Model on Performance of Women Regarding Pap smear Test in Kouhdasht Health Centers in 2010.JHSR;6(2:365-371). [In Persian]

9. Champion V, Scott C. Reliability and validity of breast cancer screening belief scales in African American women. Nurs Res 1997; 46(6): 331-7.

10. Namdar A, Bigizadeh S, Naghizadeh M. Measuring Health Belief Model components in adopting preventive behaviors of cervical cancer. JFUMS. 2012; 2 (1):34-44. [In Persian]

11. Bessler P, Aung M, Jolly P. Factors Affecting Uptake of Cervical Cancer Screening Among Clinic Attendees in Trelawny, Jamaica. Cancer Control.2007; 14:4.

12. Baghyani moghaddam MH. Survey on knowledge, attitude and practice of 15-49 years age group married women related to Pap smear test in Yazd city in 2001. Journal of Mazandaran University of Medical Sciences 2003; 13(40): 79-85. [In Persian]

13. Kasmaei P, Bab Eghbal S, Atrkar Roshan Estebsari F, Mehrabian F,, Karimi M. The Effect of Health Belief Model on Rural Women's Pap Smear Test. The Journal of Urmia Nursing and Midwifery Faculty. 12(5); July 2014. [In Persian]

14. Chee H, Rashidah S, Shamsuddin K, Intan O. Factors related to the practice of breast self examination BSE (and Pap smear screening among Malaysian women workers in selected electronics factories. BMC Women's Health. 2003;3(1):1-11.

15. Brotto LA, Chou AY, Singh T, et al. Reproductive health practices among Indian, Indo-Canadian, Canadian East Asian, and Euro-Canadian Women: the role of acculturation. J Obstet Gynaecol Can 2008; 30: 229-38.

16. Farzad Jalilian, Mehdi Mirzaei Alavijeh, Shohreh Emdadi, Majid Barati, Mostafa Nasirzadeh, Nasser Hatamzadeh. Predicting Factors Related with Pap Smear Results among Women based on Health Belief Model. J H S R2011; 7(6):1-9. [In Persian]

17. Hyacinth HI, Adekeye OA, Ibeh JN, Osoba T. Cervical cancer and pap smear awareness and utilization of pap smear test among Federal civil servants in North Central Nigeria. oS One. 2012;7(10).

18. Black ME, Stein KF, Loveland-Cherry CJ. Older women and mammography screening behavior: do possible selves contribute? Health Educ Behav 2001; 28(2): 200-16.

19. Hajializadeh K , Ahadi H , Jomehri F , Rahgoza M. Health beliefs and screening behavior of cervical cancer among the women of Bandar Abbas. Life Sci J 2013; 10(1):545-551.

20. Jirojwong S, Maclennan R, Manderson L. Health beliefs and Pap smears among Thai women in Brisbane, Australia. Asia Pac J Public Health 2001; 13(1):20-3.

21. Department of Health and Human Services. Topics & objectives index—Healthy People 2011. Retrieved from http://healthypeople.gov/2020/topicsobjectives2020/default.aspx.

[Downloaded from aums.abzums.ac.ir on 2026-11-25]

[DOI: 10.18869/acadpub.aums.4.4.223]